CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 90

DES

HERNIES DE LA VESSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 26 juillet 1909

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Gabriel ESPANET

Né à Marseille, le 17 février 1882

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM	GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Cliniquemédicale		CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲)
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*
GILIS, *professeur.*
JEANBRAU, *agrégé.*
SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

G. ESPANET.

J'ai eu l'occasion de recueillir dans le service de mon maître, M. le Professeur Imbert, une intéressante observation de hernie inguinale de la vessie. Elle est à joindre au nombre limité de celles où l'ensemble symptomatique — des plus nets — permettait un diagnostic pré-opératoire précis, une intervention bien réglée et d'excellents résultats.

Presque en même temps, j'ai pu observer dans le service de M. le professeur Delanglade un autre cas assez rare aussi, puisqu'il s'agit d'une cystocèle crurale chez la femme.

Ce sujet de thèse — les hernies de la vessie — n'est pas nouveau ; celle-ci ne peut donc prétendre qu'à résumer les travaux parus, avec seulement quelques modifications de détail et des remarques sur la cystoscopie que je dois à M. le professeur Imbert, auteur d'une très complète monographie sur la question.

J'aurais pourtant voulu ce travail plus consciencieux.

J'aurais voulu reconnaître mieux que je ne l'ai fait la bienveillance de tous mes maîtres de l'Ecole et de l'Hôpital : les événements ne l'ont pas permis ; aucun de ceux qui savent dans quelles conditions — matérielles et morales — j'ai dû continuer et terminer mes études, ne pourra m'en vouloir.

Je tiens à remercier de son indulgence et de sa bienveillance M. le professeur Imbert, qui m'a donné l'idée et fourni le meilleur de ce travail.

Je tiens aussi à remercier tout particulièrement de leur bonté, en de pénibles circonstances, M. le professeur Arnaud, M. le professeur Delanglade, MM. les docteurs Louge et E. Poucel.

MM. Laget, Pagliano, Combalat, Oddo, Alezais, Acquaviva, Silhol, M. Robert, Bidon et Queirel, dont j'ai eu l'honneur d'être l'élève, ont tous, avec patience, pris de la peine à mon instruction. Je ne l'ai pas oublié ; je leur en serai toujours reconnaissant.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

HERNIES DE LA VESSIE

HISTORIQUE

On trouve partout cités, dans l'historique de la question les noms de Dominique Sala (1520) « à qui revient l'honneur de la découverte de la hernie de la vessie » (Verdier), et de Plater qui, trente ans plus tard, relate la deuxième observation connue.

La première étude d'ensemble de la question est publiée par C. Verdier (1753) ; elle réunit une vingtaine de cas de hernies vésicales diagnostiquées sur le vivant ou constatées à l'autopsie ; les travaux modernes n'ont fait que vérifier le chapitre de la pathogénie. On y trouve mentionnée la première observation de hernie crurale de la vessie.

Beaucoup plus tard, un autre auteur du même nom (Verdier, 1840) et Nélaton signalent l'importance étiologique de l'affaiblissement de la paroi vésicale et du changement de ses rapports.

En 1889, Monod et Delagenière étudient dans un mé-

moire très complet le mode de formation de la cystocèle inguinale, et font connaître le rôle qu'ils attribuent au lipome vésical. Ils concluent à la nécessité de la cure radicale de la hernie de vessie par résection d'une portion plus ou moins étendue du diverticule herniaire.

A la même époque, Guelliot arrive aux mêmes conclusions et conseille la résection totale systématique de la cystocèle.

Lucas-Championnière et son élève Bourbon reprennent, en 1892, les idées de Méry sur l'origine congénitale de ces hernies.

Lejars signale la coexistence possible de hernies de la trompe et de la vessie et publie ses observations.

En 1894, Delagenière, à propos d'une intervention pour hernie inguinale droite étranglée et cystocèle inguinale, revient quelque peu sur les conclusions de son premier travail touchant l'opportunité de la résection partielle de la vessie. Il admet, cette fois, que l'on pourrait adopter comme règle générale, de refouler et réduire simplement l'organe hernié.

C'est aussi la technique préconisée par M. Imbert dans une monographie parue en 1896, qui est en réalité la première et la plus complète étude d'ensemble de la question.

A citer, à la même époque, la thèse de Rivoire et, plus tard, celles de Forgin-Fayol et de Piot, 1902 ; ces derniers reviennent sur le rôle possible de la congénitalité et des diverticules vésicaux.

Jaboulay et Villard ont, les premiers, proposé la division des cystocèles en extra, intra et para-péritonéales.

Les hernies vésicales de la ligne blanche ont été récemment décrites par Tédenat et Gerulanos (1901).

A l'étranger, Kronleïn, Kurlung, Monari, Brunner, Gibson, Eggenberger sont les principaux noms qu'il faut citer.

ETIOLOGIE

Toutes les conditions étiologiques qui favorisent la production des hernies en général peuvent faciliter la formation d'une cystocèle. La meilleure preuve en est que la variété la plus fréquente est précisément celle qui s'accompagne d'une hernie de l'intestin : entéro-cystocèle parapéritonéale.

Ici comme ailleurs, se vérifie la loi formulée par Forgue : « Deux facteurs interviennent, l'un prépondérant, représenté par toutes les causes qui diminuent la résistance de la paroi (abdomen) ; l'autre accidentel, qui répond aux augmentations de la pression abdominale. »

On peut ajouter qu'en l'espèce, la résistance de la paroi propre de l'organe hernié acquiert elle-même une grande importance.

A l'appui de la théorie, on constate d'abord l'exceptionnelle rareté de la hernie vésicale dans l'enfance et la jeunesse, et sa fréquence à partir de quarante ans ; l'influence de l'affaiblissement sénile de la musculature pariétale (abdomen) et surtout celle des altérations du muscle vésical dans le prostatisme, apparaissent ainsi nettement. Il est acquis que la cystocèle est une affection de l'âge adulte et de la vieillesse.

C'est également une affection que l'on ne rencontre

guère que chez l'homme (Jaboulay). Rivoire, prenant la moyenne des cas qu'il a relevés (1898), conclut qu'elle serait 12 fois plus fréquente dans le sexe masculin. Cela s'explique par la rareté des accidents urinaires et des rétrécissements de l'urèthre chez la femme, l'absence de la prostate ; par contre, une cause nettement prédisposante intervient chez elle : la grossesse, qui relâche la sangle abdominale, affaiblit la résistance des anneaux vers lesquels la vessie se trouve refoulée par l'utérus gravide.

On conçoit qu'agissent dans le même sens toutes les tumeurs pelviennes qui gênent la miction et modifient les rapports de la vessie : volumineux kystes de l'ovaire et gros fibromes utérins réalisent parfaitement ces conditions.

Il est une particularité intéressante de la cystocèle, facile à comprendre, d'après le mode habituel d'élection des hernies selon les sexes ; c'est, plus encore que pour l'intestin, la prédominance des hernies crurales chez la femme ; notre observation est un nouvel exemple à l'appui de cette règle.

Parmi les autres causes prédisposantes, nous citerons seulement ici, pour y revenir, plus loin, en détail :

Le rôle attribué par certains auteurs aux *diverticules vésicaux*, congénitaux ou acquis ;

L'influence des *affections vésicales antérieures* qui, d'une manière quelconque, tendent à produire la dilatation de la vessie et l'altération de ses fibres musculaires.

L'*effort* a été indiqué par Nélaton comme la cause efficiente habituelle ; nous verrons comment et à quel moment il intervient pour engager la vessie dans les orifices inguinaux ou cruraux.

Les considérations sur le côté qui est le plus souvent le siège de la hernie, ne méritent pas de retenir longtemps

l'attention : unilatérale, on la rencontre aussi souvent à droite qu'à gauche ; on cite deux ou trois cas de hernie bilatérale de la vessie, encore les observations ne sont-elles pas très explicites.

De même, les chiffres qui établissent le pourcentage de la cystocèle dans les opérations de hernie n'ont plus la même importance qu'autrefois : il faut savoir qu'elle est plus fréquente qu'on ne l'avait supposé lors des premiers travaux parus ; depuis l'emploi des méthodes modernes de cure radicale, on a pu établir, très approximativement, une moyenne de 1 cystocèle sur 60 hernies inguinales (Guelliot). Avec la plupart des auteurs, Imbert trouve cette proportion un peu élevée.

Telles sont — simplement énumérées — les principales causes des hernies de la vessie. C'est au chapitre de la pathogénie qu'il convient d'analyser le rôle de chacune : et ce rôle ne peut lui-même être bien compris qu'après étude préalable de toutes les dispositions anatomo-pathologiques rencontrées dans les cystocèles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il y a des variétés rares de hernies de la vessie. Le mécanisme de la production des hernies en général s'applique à cet organe comme aux autres, et l'on conçoit que les points de moindre résistance au niveau desquels il peut s'échapper soient constitués par tous les trajets herniaires qui avoisinent la partie antérieure de la ceinture pelvienne.

C'est ainsi qu'on a pu observer — véritables curiosités pathologiques — des hernies obturatrices de la vessie, des hernies ischiatiques, des hernies périnéales qui se sont fait jour à travers les fibres du releveur de l'anus.

Les hernies de la ligne blanche, mieux connues, ont fait l'objet d'études récentes par Gerulanos et Tédenat (Soc. chir. 1907). Ce dernier auteur rapporte l'observation d'une femme de soixante-cinq ans « qui était porteur d'une tumeur sus-pubienne depuis l'âge de vingt-six ans, après son deuxième accouchement ; l'opération montra qu'il s'agissait d'une hernie de la vessie se faisant au niveau de l'insertion pubienne du ligament sus-pubien, à la faveur d'un orifice laissant passer une branche de l'artère épigastrique. »

Mais il faut bien dire que ces cas sont exceptionnels et que presque toutes les hernies de la vessie, celles qu'il importe de bien connaître, en pratique, sont les cystocèles

crurales et inguinales : seules, elles feront l'objet de cette étude.

Cette dernière variété est elle-même la plus fréquente, comme l'indiquent nettement les chiffres de toutes les statistiques anciennes ou récentes. Elle se rencontre d'ailleurs indifféremment à droite ou à gauche (en nombre égal de chaque côté dans la statistique d'Imbert). On connaît plusieurs observations de hernies bilatérales.

Relativement, la hernie crurale est rare, comme le montre ce tableau emprunté à la thèse de Rivoire :

	De Bovis	Gibson	Brünner
Cystocèles inguinales . . .	86	77	132
— crurales	19	22	29

On ne la rencontre presque jamais chez l'homme (Alessandrini) ; notre observation est un nouveau fait à l'appui de cette constatation ; par contre, nous avons noté le siège de la cystocèle crurale à gauche, alors que Morin et Vincent n'en signalent, chacun, que deux cas.

C'est donc surtout à propos de la variété inguinale que l'anatomie pathologique des hernies de vessie a pu être bien étudiée.

Comme le fait remarquer Jaboulay, les rapports normaux du péritoine avec la vessie, point de départ de cette étude, expliquent facilement « les variétés de dispositions du sac et de son contenu ». Selon que la vessie s'engage sans revêtement péritonéal, que celui-ci l'accompagne latéralement ou la recouvre en totalité, on distingue les cystocèles en *extrapéritonéales, parapéritonéales, intrapéritonéales,* classification claire établie par Jaboulay et Villard.

I. Cystocèles extrapéritonéales. — Par l'orifice herniaire, la face antérieure de la vessie s'est engagée directement, sans aucun revêtement péritonéal : elle en est normalement dépourvue. Il n'y a donc pas de sac séreux (Duret). Le plus souvent, le tissu cellulaire refoulé formant une sorte de tunique de protection très mince, est seul à séparer de la peau le corps musculaire de la vessie. On conçoit toute l'importance d'une telle disposition au point de vue opératoire ; immédiatement après l'incision, il peut arriver que ce que l'on croit être le sac apparaisse nettement et que l'on ouvre franchement le muscle vésical, très souvent aminci à ce niveau. Notre observation de hernie crurale est typique à ce point de vue.

La plupart des cystocèles extrapéritonéales appartiennent à la variété inguinale ; bien que le nombre de cas publiés soit assez restreint, Jaboulay et Villard sont persuadés que « chez les individus âgés et prostatiques, elles sont fréquentes, mais que le plus souvent, en raison du peu de signes auxquels elles donnent naissance, elles passent inaperçues. »

Quant aux variétés crurales, les mêmes auteurs disent ne connaître que le cas d'Aüe et le leur, dans lequel la vessie seule formait la tumeur. Le nôtre, où cette disposition se trouve exactement réalisée, viendrait donc s'ajouter à ce petit nombre (Voy. plus loin observation de cystocèle crurale extrapéritonéale chez la femme).

II. Cystocèles parapéritonéales. — La vessie peut entraîner à sa suite une portion variable du péritoine qui descend avec la partie vésicale herniée, et toujours sur sa face externe, dépasse ordinairement le point déclive de la cystocèle proprement dite et remonte enfin vers son point de départ, formant ainsi un cul-de-sac, habité ou non par

une anse grêle : entéro-cystocèle avec sac séreux incomplet, parapéritonéale.

L'entérocèle peut être assez volumineuse pour masquer la cystocèle : souvent, c'est seulement vers la fin de la dissection du sac que l'on rencontre des adhérences anormales du côté interne de l'anneau et en arrière : on en est au point de solide attache du péritoine à la vessie, sur la vessie même ; que l'on insiste, et celle-ci se déchire, laissant échapper l'urine.

La disposition inverse : cul-de-sac péritonéal rudimentaire, face antérieure de la vessie constituant presque à elle seule la hernie, comme dans la variété extrapéritonéale, se rencontre plus rarement.

On ne connaît guère d'exception à la situation du réservoir urinaire dans cette variété : toujours en dedans et en arrière du sac. Ces rapports restent les mêmes dans les hernies crurales et inguinales.

L'anatomie pathologique de la cystocèle parapéritonéale est à retenir, puisqu'elle est la variété de beaucoup la plus fréquente :

Sur un total de 43 observations, Imbert a trouvé :

Hernies extra-péritonéales	10
— para-péritonéales	29
— intra-péritonéales	4

et de Bovis :

Hernies extra-péritonéales	23
— parapéritonéales	32
— intra-péritonéales	3

sur 58 cas.

La variété suivante :

III. Cystocèles intra-péritonéales, n'est en quelque

sorte que le développement de la cystocèle para-péritonéale. Celle-ci, nous l'avons vu, peut être considérée comme formée par la juxtaposition de deux culs-de-sac accolés, mais isolables, dont l'un, interne, est la vessie, l'autre, externe, le péritoine hernié, ce dernier habituellement plus déclive ; que cette disposition s'exagère, et la plus grande partie de la paroi vésicale sera recouverte de péritoine ; « un degré de plus, selon l'heureuse expression de Jaboulay, et nous arrivons à la cystocèle intra-péritonéale, intussusception de la vessie, de Duret ». Au point de vue de l'aspect extérieur et de la constitution du sac, tout se passe comme si l'on avait affaire à une hernie ordinaire ; seul, le contenu change. A l'ouverture du sac, on trouve bien une anse ou de l'épiploon, mais aussi toute la portion herniée de la vessie revêtue de son péritoine viscéral ; comme le fait remarquer Imbert, il existe par conséquent un deuxième feuillet péritonéal. Sur une coupe transversale de la tumeur herniaire, on trouverait donc de dehors en dedans : un premier feuillet péritonéal, le contenu d'une hernie intestinale ordinaire, un deuxième feuillet péritonéal, la paroi vésicale, une seconde fois cette même paroi, enfin un troisième et un quatrième feuillet péritonéaux accolés.

L'explication de ces dispositions anatomo-pathologiques est devenue simple depuis que Kronlein et Leroux ont montré que « la partie du réservoir urinaire qui fait saillie dans le sac herniaire est le sommet de la vessie. Il semble que celle-ci, allongée dans le sens de la hauteur, ait subi un mouvement de bascule, suivant lequel, une plicature se produisant au niveau de la partie moyenne, la vessie présenterait un dispositif analogue à celui d'un bonnet phrygien, pour engager de haut en bas son sommet dans le trajet herniaire ». (Jaboulay et Villard.)

Cette variété intra-péritonéale est rare ; de plus, on ne l'a jamais observée dans les cystocèles crurales.

Rapports avec les organes voisins

a) *Trajet de la cystocèle.* — Ce point d'anatomie pathologique a été peu étudié. Dans trois observations de Jaboulay portant sur des cas où « la vessie était dépourvue de sac séreux, l'artère épigastrique se trouvait en dehors du pédicule. Le viscère avait donc fait hernie par l'une des fossettes moyenne ou interne. Dans une quatrième observation, où il existait une entérocèle concomitante, l'artère épigastrique était au contraire en dedans du pédicule ; la hernie s'était donc produite par la fossette inguinale externe. »

Dans un seul cas — celui de Justo — la cystocèle s'était évaginée à travers un orifice distinct de celui de la hernie (Rivoire).

Pour Eggenberger, le plus fréquemment, les cystocèles accompagnent les hernies inguinales externes (53 0/0) ; puis vient la fémorale (27 0/0), l'inguinale directe (17 0/0).

Delorme pense aussi que, dans les entéro-cystocèles, la vessie sort par le même orifice que l'intestin, tandis que les extra-péritonéales sortiraient par les fossettes inguinales moyenne et interne.

b) *Rapports avec les viscères.* — Outre l'intestin et l'épiploon, on a trouvé dans le sac le cœcum et l'appendice (Thirias), l'ovaire et la trompe (Lejars), les uretères (Imbert).

Les éléments du cordon affectent, dans la cystocèle, des rapports dont la connaissance peut quelquefois faciliter

le diagnostic : à l'encontre de ce qui se passe dans les hernies inguinales de l'intestin, ces éléments, au lieu d'être disposés en éventail sur la face postérieure du lipome (quand celui-ci existe) et très adhérents, restent bien groupés et n'ont avec lui que des rapports relativement éloignés.

c) *Lipome prévésical.* — Monod et Delagenière ont, les premiers, signalé la présence au-devant de la vessie d'un lipome préherniaire, masse graisseuse « tantôt molle, constituée par quelques pelotons épars, tantôt couche épaisse et dense qui entoure la vessie ». Ils attribuent à cette formation une grande importance au point de vue de la pathogénie ; nous verrons, à ce propos, l'opinion des autres auteurs ; mentionnons seulement ici que le lipome herniaire était absent dans bon nombre d'observations, et que, lorsqu'il existe, il est absolument distinct du sac péritonéal, auquel il adhère le plus souvent en dehors ; cependant, il peut exister un sac celluleux très mince, qu'il est souvent difficile de ne pas confondre avec un sac péritonéal.

Etat de la vessie et de l'appareil urinaire

La hernie vésicale peut consister en un simple diverticule, de volume insignifiant ; dans l'observation d'Imbert « la presque totalité de l'organe était sortie de l'abdomen ». Jaboulay a vu la hernie de la totalité de la vessie et de la prostate chez un homme de soixante-dix ans. Entre ces extrêmes, se placent les cas ordinaires, où la portion herniée est en général de la grosseur d'une cerise ou d'une noix ; il est rare que le volume atteigne la moitié de la vessie.

La distension vésicale est habituelle et permanente ; elle résulte de lésions plus ou moins avancées des voies urinaires inférieures et c'est le prostatisme qui est souvent en cause. La paroi vésicale est amoindrie dans sa résistance par les altérations des fibres musculaires et de la muqueuse (vessies à colonnes et à cellules). L'épaisseur de cette paroi est variable ; en général atrophiée, elle a quelquefois la minceur d'une feuille de papier, ce qui explique la confusion fréquente entre la paroi vésicale et la paroi du sac. Par contre, dans quelques observations, on constate un épaississement invraisemblable : trois centimètres dans le cas d'Imbert.

La vessie communique avec son diverticule hernié par un canal souvent à peine perméable aux liquides, qui n'y pénètrent bien qu'une fois l'anneau incisé (Imbert).

Enfin, dans ce diverticule, on a quelquefois trouvé des calculs, dont le volume, très variable, a pu atteindre celui d'un œuf. L'observation d'Imbert est la seule à mentionner la composition chimique de ces pierres (phosphate de chaux).

PATHOGENIE

Les travaux modernes ont seulement vérifié et complété le chapitre pathogénie du mémoire de Verdier, paru en 1753. Deux faits dominent le mécanisme de production de la cystocèle : la dilatation de la vessie et le défaut de contractilité du muscle vésical. Jaboulay et Villard l'ont bien démontré. Pour que la vessie vienne se mettre en rapport avec les orifices herniaires, il faut d'abord que son volume augmente considérablement ; à l'état normal, placée derrière les pubis et n'affectant avec ces orifices que des rapports transitoires, il est difficile d'admettre qu'elle puisse s'y engager. Et cette distension doit être permanente (Jaboulay), sinon la vessie se retrouve dans ses conditions normales d'évacuation et de réplétion, la hernie ne se produit pas.

Mais le déplacement de la vessie dilatée serait encore insuffisant à l'engager dans les anneaux si ses parois conservaient intactes leur résistance et leur élasticité ; il faut, en outre, que ces qualités de la fibre musculaire soient altérées. « Cette atrophie de la fibre musculaire vésicale et la disparition de sa contractilité est, dit Jaboulay, une des conditions nécessaires de la production d'une cystocèle. »

Dans ces conditions, le rôle de l'effort est tout simple ; il aura son plein effet pour hernier sans obstacle cette membrane inerte ; mais « il faut qu'il survienne alors que

la vessie, remplie et distendue, est en contact avec la paroi de l'abdomen ; à ce moment seul, l'effort tend à l'engager dans les orifices inguinaux ou cruraux. Or, le fait même de la distension vésicale est la conséquence d'un obstacle au cours de l'urine, siégeant en avant de la vessie, et, pour vaincre cet obstacle, la pression des muscles abdominaux doit intervenir, et cela d'autant mieux que la contractilité du muscle vésical est plus diminuée ou même abolie. »

Or, c'est là le tableau de l'hypertrophie prostatique et du rétrécissement de l'urèthre à sa période ultime, les affections de choix — si l'on peut dire — pour favoriser la production d'une cystocèle.

Chez la femme, on ne peut évidemment invoquer les mêmes conditions pathogéniques, et la grossesse paraît remplir ici le rôle des lésions prostatiques. En tout cas, son influence est manifeste pour produire encore la distension vésicale. Tous les traités d'accouchement mentionnent la fréquence de la rétention d'urine dans les derniers mois de la parturition, rétention mécanique, due à la compression de l'urèthre par la tête fœtale engagée.

La vessie, pleine et comprimée, se dilate et se loge où elle peut. Jaboulay fait remarquer qu'elle peut alors facilement s'engager dans un anneau herniaire ; « elle le fera d'autant mieux qu'elle rencontrera le trajet d'une ancienne hernie, alors que celle-ci, par le fait même de la grossesse et du refoulement des anses intestinales en haut, présente le plus souvent un sac inhabité, du moins temporairement. »

La grossesse agit encore en relâchant la sangle abdominale, dont les interstices normaux se trouvent agrandis et affaiblis ; c'est surtout dans la variété rare des cystocèles de la ligne blanche que cette action est en quelque

sorte palpable : dans l'observation de Tédenat, une femme de soixante-six ans était porteur d'une tumeur sus-pubienne depuis l'âge de vingt-six ans, après son deuxième accouchement. Il s'agissait d'une hernie de la vessie.

L'effort, que nous avons vu intervenir directement chez l'homme, est donc remplacé ici par la compression qu'exerce une tumeur abdominale : grossesse ou autre. Toutefois, en dehors de l'utérus gravide, on ne connaît guère que les fibromes utérins qui, élevant la vessie au-dessus du pubis, ont facilité son engagement dans les anneaux.

Dans les deux sexes, dilatation de la vessie et altération de sa paroi ; chez l'homme, efforts répétés, compression par tumeur chez la femme, voilà la pathogénie générale de la cystocèle actuellement admise par la majorité des auteurs.

Avant d'étudier comment elle s'applique au mécanisme particulier de chaque variété, il convient d'examiner succinctement les principales théories pathogéniques qui complètent la question.

L'origine congénitale de la cystocèle n'est plus soutenue que par Lucas-Championnière et Bourbon.

A l'argumentation de ces auteurs, Imbert répond : 1° que la cystocèle n'est, dans beaucoup de cas, qu'un épisode dans l'histoire d'une hernie vulgaire et que son histoire n'est pas tellement différente, puisque le diagnostic n'est souvent fait que pendant l'opération ; 2° que les petits kystes de la masse graisseuse prévésicale qui, d'après Bourbon, témoignent d'une disposition congénitale, sont excessivement rares ; 3° enfin qu'on ne peut arguer du petit volume de la cystocèle — qui est parfois énorme — et encore moins de la non-perméabilité du canal de communication, puisqu'on ne l'a jamais constatée.

L'âge avancé des malades et le rôle des affections vésicales confirment cette opinion admise par tous les auteurs que la hernie de la vessie est bien une lésion acquise.

Le rôle des diverticules congénitaux de la vessie apparaît plus clair ; on peut concevoir qu'ils amorcent un engagement de la vessie déformée ; mais pour Alessandri lui-même, qui les a le premier mentionnées, « il ne suffit pas d'un diverticule acquis ou congénital pour expliquer la formation d'une hernie vésicale ; ce sont tout au plus des causes prédisposantes. »

Role du lipome préherniaire

Pour Monod et Delagenière, la graisse intervient dans la production de la cystocèle, en s'accumulant dans les points où la résistance à la pression vésicale est nulle : les fossettes inguinales ; et elle agit directement, en fixant la vessie dilatée en regard de ces orifices : l'effort l'y engage.

Pour Jaboulay et Villard, au contraire, la graisse ne fait que faciliter le décollement du péritoine vésical, qui n'est solidement attaché au viscère qu'en un point : le sommet de la vessie ; plus la graisse est abondante, plus le décollement devient aisé, et l'organe flotte, libre d'adhérences qui ne gênent plus sa pénétration dans les anneaux. Que survienne alors une entérocèle : le péritoine va descendre pour lui fournir un sac ; dans ce trajet il cherchera à entraîner avec lui la vessie ; l'effort de traction ne sera transmis qu'à la seule zone encore adhérente : le sommet, et la vessie, basculant, s'engagera tête première à la suite de l'intestin. Ainsi se constitue, selon ces auteurs, la cystocèle intra-péritonéale.

Thiriar, Hédrich et Imbert n'attribuent pas au lipome herniaire une aussi grande importance. Imbert fait remarquer qu'il existe très souvent dans les hernies autres que celles de la vessie ; qu'en outre, en raison de la rareté des complications mortelles, les vérifications anatomiques n'ont pu être faites que de longues années après l'apparition de la cystocèle. Enfin — argument puissant et précis — l'absence totale de tout lipome herniaire est mentionnée dans nombre d'observations. (Voy. notre observation de hernie crurale chez la femme.)

Il semble donc bien que l'on ait exagéré l'importance de la lipocèle dont le rôle incontestable dans certains cas doit être maintenu parmi les causes prédisposantes.

Il nous reste à étudier les quelques détails de mécanisme propres à chaque variété de hernies de la vessie.

Peu de choses à dire sur la *cystocèle extra-péritonéale*. Depuis Verdier, on admet que cette variété est primitive : c'est bien la vessie qui s'engage la première dans un anneau avec l'orifice duquel sa face antérieure s'est mise en rapport, soulevant, dans son mouvement d'ascension, son revêtement péritonéal. Dans les cas où la portion herniée est considérable, Jaboulay et Villard expliquent bien qu'elle s'est dépouillée de sa séreuse au fur et à mesure de sa progression dans le canal ; le décollement — nous l'avons vu — est d'autant plus facile que la graisse sous-péritonéale est plus abondante. Cependant, le péritoine finit quelquefois par être entraîné : nous touchons alors à la variété parapéritonéale. Mais celle-ci est presque toujours secondaire à une entérocèle. Lorsque, au cours d'une cure radicale pour hernie de l'intestin, on exerce sur le sac des tractions un peu trop fortes, on voit apparaître à sa partie interne le corps de la vessie : c'est par un mécanisme analogue que, dans la variété parapéritonéale, l'in-

testin finit par entraîner avec lui le réservoir urinaire. Comme le décollement de la séreuse est facile, la cystocèle est le plus souvent réduite à un simple diverticule, et l'entérocèle, au contraire, est volumineuse ; toujours, le sac descend plus bas que le point déclive de la cystocèle proprement dite. Dans quelques cas exceptionnels, cette variété a pu être primitive ; la pathogénie est alors identique à celle de la variété précédente avec cette différence que le péritoine, au lieu de se séparer de la vessie par décollement, est entraîné à sa suite et fait irruption dans la hernie (Rivoire).

Enfin, *la variété intra-péritonéale* est toujours secondaire : « Si la vessie s'engage la première dans le canal inguinal pour se loger dans le scrotum, il nous paraît impossible qu'elle puisse arriver à se constituer un sac séreux complet ; il pourra être aussi volumineux qu'on peut le supposer, mais ne parviendra jamais à recouvrir la vessie sur toutes ses faces et la cystocèle ne pourra devenir intra-péritonéale. » (Imbert.) C'est donc un point bien établi. Quant au mécanisme de cette variété, nous avons vu l'explication qu'en donnent Jaboulay et Villard à propos du rôle qu'ils attribuent à la graisse périvésicale : le sommet de la vessie tiraillé par le péritoine tombe à la suite d'un mouvement de bascule dans un sac préformé, ou bien s'engage dans l'orifice inguinal en repoussant devant lui le péritoine.

Il faut bien dire, cependant, que cette théorie de la bascule dans laquelle Marchand et Leroux font jouer le premier rôle aux adhérences entre la vessie et l'épiploon, n'est pas admise par tous les auteurs.

De Bovis, en particulier, trouve que « rien ne prouve ces adhérences primitives qui manquent ou ne sont pas signalées dans plusieurs cas de cystocèle par bascule ; en

second lieu, pour admettre que la vessie se soit engagée tête baissée et première dans le trajet inguinal, il faudrait retrouver au fond du sac l'ombilic oural ; on parle bien quelquefois de l'ouraque, mais nullement de la place qu'il occupe. Enfin, la théorie de la bascule paraît peu conforme à la physique : un réservoir ne peut que difficilement basculer sur une base aussi large que l'est la ligne d'insertion du péritoine sur la vessie ; or, c'est la véritable base de la vessie. De plus, en admettant cette bascule, pense-t-on que la surface tendue, sphérique de la vessie, trouverait à s'engager dans l'anneau inguinal ? Il faut, en effet, autre chose pour expliquer ces hernies par intussusception ; il faut que la vessie devienne diverticulaire. C'est ce segment vésical, qui rompant avec l'harmonie de la surface du réservoir urinaire, peut s'engager dans le trajet inguinal et amener progressivement l'intussusception de l'organe. »

Les objections sont sérieuses et d'un enchaînement logique. En somme, ce point de pathogénie reste obscur : il s'agit malheureusement d'une variété très rare de cystocèle ; les observations détaillées et surtout les constatations de l'autopsie manquent jusqu'à présent pour l'éclaircir.

SYMPTOMATOLOGIE

Les hernies de la vessie ne se prêtent pas à une description d'ensemble ; leur séméiologie, très simple ou très complexe, varie trop avec chaque cas pour qu'on puisse mieux faire qu'étudier successivement leurs signes physiques et fonctionnels.

A l'exemple de Brünner, on peut cependant diviser les hernies vésicales en *manifestes ou latentes ;* les premières peuvent se reconnaître au moins partiellement pendant la vie, sans opération ; les latentes n'ont que peu ou pas de signes et constituent des trouvailles d'opération ou d'autopsie. Nous verrons que ce sont surtout les signes physiques qui rendent évident le diagnostic de cystocèle.

I. Signes physiques. — *Le début* brusque, tout à fait exceptionnel, a été pourtant observé à la suite d'un effort violent ou d'un travail musculaire prolongé ; la pathogénie nous en a montré la possibilité. Mais, le plus souvent, une tumeur se développe lentement au niveau d'un orifice inguinal ou crural et rien à l'inspection ne permet de la différencier d'une hernie ordinaire. *Le volume* en est très variable ; mais il faut savoir que la cystocèle pure est de dimensions réduites. On a pu constater, par exception, que de volumineuses tumeurs herniaires ne contenaient autre chose que la vessie ; la règle, en pareil cas, est de songer à la présence d'une entérocèle à côté de la cystocèle présumée.

Un symptôme possède une valeur pathognomonique : c'est *la variation du volume de la hernie suivant l'état de réplétion de la vessie,* avant et après la miction ; malheureusement, ce signe est très rare : l'observation personnelle que l'on trouvera plus loin est à joindre au nombre très limité de celles où il a pu être observé avec la plus grande netteté.

Un très bon signe encore à rapprocher de celui-là, c'est *la distension de la hernie sous l'influence d'injections liquides poussées dans la vessie ;* mais il est tout aussi exceptionnel qu'on puisse le mettre en évidence.

La rareté de ces deux symptômes tient certainement à un obstacle siégeant au niveau du canal de communication entre le réservoir urinaire et son diverticule hernié. Comme ce canal reste toujours anatomiquement perméable, on a invoqué l'étroitesse de sa lumière, la présence d'un calcul-bouchon, l'impuissance de la vessie surdistendue et parésiée à siphoner son diverticule hernié... toutes ces causes peuvent bien intervenir, mais la compression par l'anneau, de ce canal de communication, est sans doute le principal obstacle à la pénétration et au reflux des liquides venus de la vessie. Monod et Delagenière ont montré qu'après débridement large de l'anneau, une injection de liquide par l'urèthre produit facilement la distension de la cystocèle.

La palpation ne donne de résultats intéressants que si la tumeur est volumineuse et fluctuante. Dans le cas contraire, elle ne permet pas d'observer de caractères bien distinctifs ; on a pourtant noté que les éléments du cordon restent groupés au lieu d'être étalés en éventail comme dans les hernies de l'intestin.

L'irréductibilité est un caractère important des hernies vésicales ; tous les auteurs y insistent. Ce n'est cependant

pas un signe constant ; du moins, il peut n'apparaître que tardivement, comme le constatent les observations de Rabineau et la nôtre.

Dans les cas d'entéro-cystocèle, variété parapéritonéale (nous avons vu que ce sont les plus fréquentes), on conçoit que l'anse grêle et son sac puissent réintégrer l'abdomen sans la vessie, qui adhère au lipome herniaire : *réductibilité partielle* d'Imbert.

L'affaissement d'une cystocèle fluctuante qui se vide dans la vessie sous la pression des doigts, n'est aussi qu'une « *fausse réduction* » qui laisse persister après elle la sensation d'une petite masse molle : le diverticule vidé mais non réduit, appliqué à la partie interne de l'anneau dont il empêche de sentir le contour.

Le plus souvent, il n'y a pas d'impulsion à la toux ou à l'effort ; mais cette règle encore présente des exceptions : la cystocèle crurale que nous avons observée subissait parfaitement l'impulsion.

La transparence, la matité de la tumeur sont des signes de peu d'importance : dans les cystocèles extra-péritonéales, elle est mate ; et plus ou moins sonore dans les deux autres variétés, suivant la proportion de l'entérocèle.

Il est un signe peu connu, nettement observé, et signalé par Guelliot : *la tension du périnée*. « En glissant dans le scrotum, la vessie s'incline, le col se dévie, la prostate tire sur le périnée qu'elle tend. Chez V..., le périnée était tendu, dur comme au début d'une infiltration d'urine ; les bourses s'en détachaient mal et l'angle périnéo-scrotal n'existait pour ainsi dire plus. Comme cette disposition dont nous ne nous rendions pas compte a disparu en grande partie après l'opération, il est évident qu'elle était sous la dépendance du tiraillement exercé par la vessie. » On conçoit que ce signe doit être surtout recherché dans les cystocèles volumineuses. Leroux avait noté qu'il s'ac-

compagnait de rétraction ; c'était le contraire dans le cas de Guelliot, mais constamment le périnée est douloureux.

Le toucher rectal peut, à la rigueur, renseigner sur l'ascension, l'absence ou la déviation de la prostate dans les grosses hernies de la vessie.

D'après Eggenberger, s'il y a cystocèle, un cathéter rigide introduit dans la vessie est forcément dévié du côté de la hernie ; en général, les auteurs n'accordent pas une telle importance aux renseignements fournis par le cathétérisme. Ils font remarquer avec raison que ces renseignements sont d'autant moins précis que l'on a le plus souvent affaire à des sujets atteints de lésions vésicales.

Enfin, *la cystoscopie,* celui de tous les signes physiques dont on était en droit d'attendre les indications les plus exactes, n'a pas, en l'espèce, répondu aux prévisions. Il faut dire qu'elle n'a pas été employée de façon systématique, ce qui s'explique par la difficulté du diagnostic préopératoire dans la plupart des cas.

M. le professeur Imbert qui, des premiers, a mis en pratique ce procédé d'exploration de la vessie, n'a jamais trouvé dans le champ de l'instrument l'orifice interne d'une cystocèle présumée ; une seule fois il put apercevoir la ligne de suture, après une résection du diverticule herniaire.

Dans le cas personnel que l'on trouvera résumé plus loin, le diagnostic de cystocèle n'était pas douteux ; l'examen cystoscopique pratiqué par M. Imbert avant et après l'intervention ne donna aucun résultat.

Ces résultats négatifs s'expliquent vraisemblablement par la situation de la portion herniée, qui, très basse et très voisine du col, échappe, comme normalement ce dernier au champ de l'instrument ; on peut donc penser que les cystocèles par bascule, dans lesquelles la vessie serait entraînée « tête première » doivent être découvertes à

l'examen cystoscopique ; mais nous avons vu que cette variété est très rare et que son existence même est mise en doute par quelques auteurs.

II. Signes fonctionnels. — De tous, *la douleur* est le plus inconstant, elle n'a d'ailleurs rien de caractéristique : tantôt limitée à la tumeur, tantôt s'irradiant vers les lombes et l'abdomen, quelquefois survenant par crises après le repas. la douleur provoquée par la pression du bandage serait plus vive que dans toutes les autres formes des hernies (Rabineau).

La modification des urines qui sont souvent troubles, sanguinolentes, tient beaucoup plus aux lésions vésicales concomitantes qu'à la cystocèle.

De même, *la fréquence des mictions,* les douleurs qui les accompagnent sont dues le plus souvent aux lésions prostatiques et aussi d'après Leroux, 1° à l'irritation de la vessie ; 2° à l'évacuation du contenu de la hernie se produisant très lentement une fois que la miction a vidé la partie encore en place de la vessie.

La miction en deux temps : la vessie se vidant d'abord, puis, par pression sur la hernie, la cystocèle, est un signe fonctionnel pathognomonique ; il est malheureusement aussi rare que, parmi les signes physiques, les variations de volume de la tumeur.

La parésie vésicale, fonction de la dilatation, peut exceptionnellement aboutir à l'incontinence.

Delorme a observé dans un cas l'arrêt brusque pendant la miction du jet, qui repartait aussi involontairement qu'il s'était arrêté.

Enfin, certaines positions facilitent l'émission de l'urine ; dans plusieurs observations, il est noté que le malade ne pouvait uriner qu'en tenant les bourses relevées ou en comprimant la tumeur.

EVOLUTION — COMPLICATIONS

Les hernies de la vessie évoluent le plus souvent d'une façon lente, insidieuse. A la lecture de la plupart des observations, rien ne confirme l'opinion de Bourbon pour qui la douleur existe dès le début et accompagne constamment le processus herniaire.

Il est des cas, comme le nôtre, où le malade n'accuse jamais la moindre gêne fonctionnelle ou la plus petite douleur, même après des années. Si la douleur intervient, c'est presque toujours tardivement, comme les accidents urinaires dont elle dépend.

La tumeur augmente progressivement de volume mais *sa durée* est pour ainsi dire indéfinie et sa terminaison ne peut que coïncider avec l'une des *complications* que nous allons énumérer.

Celles-ci, en réalité, sont rares. Il ne faut pas compter comme complications véritables les troubles urinaires variés qui depuis la rétention simple et l'hématurie jusqu'à l'urémie et à la septicémie peuvent survenir chez un porteur de cystocèle ; ils n'appartiennent pas en propre à l'évolution de la hernie vésicale. Cependant, il est des cas dans lesquels la cystocèle est intervenue directement et comme cause première dans la production de troubles urinaires graves ; par suite du développement progressif d'une hernie de la vessie, il peut arriver que les uretères étant entraînés hors du ventre, le malade succombe avec

des phénomènes urémiques consécutifs à leur étranglement (Leroux).

De pareils faits sont exceptionnels ; et si l'observation de Leroux est un exemple incontestable, il n'en demeure pas moins établi que *la cystocèle est plus souvent fonction que cause des accidents urinaires* : elle peut contribuer pour sa part à l'aggravation des lésions préexistantes, il est exceptionnel qu'elle puisse les produire.

L'irréductibilité n'est pas non plus une complication proprement dite ; nous avons vu qu'elle est habituelle et que d'ailleurs ses caractères varient : partielle ou totale, vraie ou fausse.

Les accidents qui peuvent survenir du côté de la hernie même sont de beaucoup les plus importants. Tel est surtout *l'étranglement*. Rien de bien spécial à l'étranglement d'une entéro-cystocèle para ou intrapéritonéale : le rôle de l'intestin est ici prépondérant et le tableau clinique se confond tellement avec celui de l'entérocèle étranglée que la coexistence de la cystocèle n'est reconnue qu'à l'opération. Imbert fait remarquer, cependant, que les accidents d'étranglement, une fois établis, ont suivi dans certains cas une marche lente ; « il est possible que la vessie constitue comme une sorte de coussin qui, tout en diminuant le calibre de l'anneau, répartisse sur une large surface et atténue par conséquent les effets d'une compression trop localisée ».

Mais l'étranglement peut encore se produire dans les cystocèles extrapéritonéales où la vessie est seule en cause ; son existence, niée par certains auteurs est établie par plusieurs observations. Cette complication peut se montrer soit sur une cystocèle qui vient d'apparaître, soit sur une cystocèle déjà ancienne.

Mais il ne s'agit pas ici d'un ensemble de phénomènes analogues à ceux d'un étranglement intestinal franc ; « la

raison en est dans ce fait que jamais le cours de l'urine de la vessie dans l'uréthre n'est véritablement gêné ». (Imbert.)

Ici encore, les symptômes diffèrent peu de ceux de l'étranglement intestinal vulgaire. « A la suite d'un effort violent, chez un malade porteur d'une cystocèle ancienne ou récente ,on voit la tumeur devenir tout à coup absolument irrédutible, tendue et douloureuse ; des nausées, des éructations et plus tard des vomissements alimentaires et bilieux apparaissent ; la constipation est absolue. Le ventre se ballonne, l'état général devient mauvais, le pouls petit. On intervient et on trouve au niveau de la hernie un diverticule vésical étranglé (Rivoire).

Il n'existe donc pas de signes différentiels bien nets entre l'étranglement de la cystocèle simple et celui de l'entéro-cystocèle.

Nous venons de voir que *la cause habituelle de cet accident est l'effort brusque* ; on peut apouter avec Nélaton la *possibilité de l'oblitération du canal de communication entre la hernie et la vessie* par des matières muqueuses ou filantes ou encore par un calcul qui provoqueraient la rétention.

A côté de l'étranglement vésical, on a signalé des complications se rapprochant de *l'engouement* des hernies intestinales. Avec Imbert, nous pensons que la distinction est un peu subtile et qu'il est pratiquement impossible de différencier, en l'espèce, les signes de l'engouement, s'il existe, d'avec ceux de l'étranglement vrai.

Enfin, nous rappellerons simplement ici que des calculs phosphatiques se sont développés quelquefois dans la cystocèle. C'est une complication rare, facilement décelée par l'exploration de la vessie, parfois reconnue par les malades eux-mêmes. Exceptionnellement ils ont pu, par réaction inflammatoire s'évacuer à l'extérieur (Jaboulay).

DIAGNOSTIC

L'analyse des symptômes permet de prévoir qu'en dehors des cas de cystocèle manifeste, le diagnostic des hernies de la vessie est généralement difficile, surtout avant l'opération. Cependant un interrogatoire complet, un examen minutieux de la hernie pourront souvent faire soupçonner la présence de la vessie : au point de vue opératoire, c'est l'essentiel.

Le scrotum ouvert, il est encore malaisé, quelquefois, de reconnaître d'emblée la vessie descendue dans les bourses. Enfin, il est arrivé que des chirurgiens expérimentés, croyant avoir affaire à un sac, ont ligaturé et réséqué un diverticule vésical et ne se sont aperçus de leur erreur que plusieurs jours après l'intervention.

Il convient donc d'étudier séparément le *diagnostic avant, pendant, après l'opération.*

I. Diagnostic pré-opératoire. — Il est des cas, rares, où il saute aux yeux. Sans qu'on l'interroge, le malade fait remarquer qu'il urine en deux fois ; qu'en comprimant sa tumeur on fait sortir de l'urine par le canal ; ou encore que cette tumeur augmente avec le besoin d'uriner, et s'affaisse après la miction... Nous avons pu recueillir une observation type de ces cas exceptionnels, dont la littérature médicale ne contient pas plus d'une dizaine. Inutile d'y insister.

Mais le plus souvent, c'est à l'analyse minutieuse de

petits détails qu'il faudra recourir pour établir le diagnostic. Il faut songer à la vessie, dit Lejars, « quand on découvre en dedans du sac, une doublure épaisse, une plaque indurée qui ne se réduit pas ». D'après Monod et Delagenière, si les éléments du cordon, au lieu de s'étaler en éventail sur la paroi postérieure de la tumeur restent toujours bien groupés, on est en droit de soupçonner une cystocèle. Il va sans dire que *l'existence de troubles urinaires* éveillera l'attention ; de même la *réductibilité partielle,* laissant subsister à la partie interne de la tumeur, contre l'anneau, une portion molle et pâteuse, impossible à réduire. *L'injection de la vessie,* lorsqu'elle ne reste pas sans résultats, peut résoudre le problème ; nous avons vu qu'il ne fallait pas y compter.

Il faut bien reconnaître, enfin, que dans bon nombre de cas le manque absolu de caractères distinctifs rend impossible le diagnostic avant l'opération.

II. Diagnostic au cours de l'opération. — Immédiatement après l'incision, il peut arriver que ce que l'on croit être le sac apparaisse avec netteté ; après dissection rapide, à la compresse, on incise franchement la paroi vésicale, souvent amincie. Les exemples ne sont pas rares de cette erreur qui se comprend très bien dans les cas de cystocèle pure, extrapéritonéale, où le tissu cellulaire refoulé, formant une sorte de tunique de protection très mince, est seul à séparer de la peau le corps musculaire de la vessie. La présence de la graisse jaune préherniaire et de petits kystes séreux (L. Championnière) peut, en pareil cas éveiller l'attention ; mais ces signes manquent bien souvent.

Dans l'entéro-cystocèle, la vessie herniée est peu de chose et l'intestin presque tout, aussi les premiers temps sont-

ils simples : le sac trouvé, l'intestin est réduit comme d'habitude ; la dissection du sac est facile en avant et en dehors, mais à la partie postéro-interne, on rencontre des adhérences anormales « avec une masse molle qui paraît faire corps avec lui et qui va s'élargissant du côté interne à mesure que l'on exerce des tractions ». Cela suffit pour soupçonner la présence de la vessie, si l'on ne peut encore avoir la certitude.

Dans les cas, très rares de cystocèle intra-péritonéale, après incision d'un premier sac contenant l'intestin, on trouve une deuxième enveloppe séreuse : c'est le péritoine vésical adhérent au sommet du viscère avec lequel il est descendu.

Les difficultés du diagnostic sont donc bien moindres dans l'entérocystocèle que dans la variété extrapéritonéale. Mis en garde par les adhérences anormales du prétendu sac, on remarquera son épaisseur, son aspect jaunâtre, quelquefois marbré de vaisseaux, sa consistance molle et surtout sa déchirure facile ; il se laisse mal pédiculiser, surtout en dedans où il adhère et semble se continuer dans l'abdomen. Enfin, il siège en dehors de la gaine fibreuse du cordon qui a gardé sa forme cylindrique. Si l'on conserve encore des doutes, on peut essayer de palper à travers ce sac une sonde introduite dans la vessie. Cette exploration demeure-t-elle infructueuse, on pourra recourir à l'injection de la vessie, mais après un débridement large de l'anneau qui ne sera que le premier temps d'une véritable « *hernio-laparotomie* » si tous les moyens ont échoué. Avant tout, dit Lejars, il faut y voir clair.

Cependant, la paroi vésicale est quelquefois amincie à tel point que ces précautions restent inutiles : il se produit une déchirure ; si l'écoulement de l'urine ne vient pas lever tous les doutes il sera toujours facile, alors, de re-

connaître la vessie par les procédés d'exploration que nous avons énumérés.

III. Diagnostic post-opératoire. — Un pseudo-sac herniaire qui n'était autre que le diverticule d'une cystocèle a été lié et réséqué sans que l'on ait reconnu sa nature. Parfois, rien n'indique la blessure de la vessie immédiatement après l'intervention ; mais le plus souvent le malade, au réveil accuse de vives douleurs pour uriner, du ténesme vésical ; sans qu'il y ait, d'ordinaire, une hématurie véritable, les urines sont sanglantes ; elles peuvent s'écouler par la plaie de la herniotomie.

Dans quelques cas, les opérateurs n'ont reconnu leur erreur qu'à l'apparition de la *fistule urinaire* qui se produit toujours. Il est évident, en effet, qu'une simple ligature sur le collet du prétendu sac est incapable d'assurer l'étanchéité de l'ouverture vésicale.

Diagnostic des complications. — Une fois admise la possibilité d'une hernie de la vessie, il faut rechercher avant l'intervention si elle ne présente aucune des complications que nous avons étudiées. La présence des calculs est facilement reconnue par le cathétérisme ; la réductibilité partielle renseignera sur la coexistence d'une entérocèle. Les troubles urinaires feront l'objet d'un examen approfondi car ils tiennent en partie sous leur dépendance les indications opératoires, nous le verrons plus loin.

Quant au diagnostic de cystocèle, concomitante à une hernie inguinale ou crurale étranglée, Jaboulay et Villard ne croient pas « qu'il ait jamais été fait avant l'opération, parce que les phénomènes intestinaux ont toujours masqué les signes réactionnels engendrés par la vessie ».

Pronostic. — Le pronostic des hernies de la vessie ne peut devenir grave qu'en raison d'une complication quelconque ; les opérations aujourd'hui devenues plus fréquentes, on n'observe plus la formation de calculs dans le diverticule vésical, la cystite avec pyélo-néphrite ascendante, la compression des uretères dans l'orifice du sac et tous les autres accidents graves signalés auparavant. Le pronostic des interventions est très bon avec retour presque intégral de la fonction.

TRAITEMENT

Les hernies de la vessie n'ont aucune tendance à la réduction spontanée ; elles augmentent progressivement de volume et finissent par constituer une infirmité très pénible, en admettant que les accidents urinaires dont elles s'accompagnent bien souvent ne compromettent à la longue l'existence du malade.

D'autre part, le *traitement palliatif*, par les différents bandages et appareils orthopédiques, est absolument inefficace. La hernie n'est jamais sérieusement contenue (il ne faut pas songer ici à maintenir une réduction, impossible dans la plupart des cas) ; et d'ailleurs, le port d'un bandage provoque rapidement une telle douleur, que Rabineau signale cette intolérance comme signe présomptif de la cystocèle. Ce traitement ne sera donc qu'un pis-aller dans les cas bien rares où, la hernie très petite et encore réductible, le malade refuse une intervention.

La cystocèle est donc justiciable de la cure radicale ; cependant, l'opération n'est pas toujours à conseiller, et avant d'en résumer la technique, il convient d'examiner les indications opératoires.

Indications et contre-indications opératoires. — Lorsque la cystocèle est seulement soupçonnée pour une des raisons que nous avons étudiées avec le diagnostic, il s'agit presque toujours de la variété para-péritonéale, où l'enté-

rocèle prédomine et commande les indications opératoires. « Mais la complication vésicale les accentuera, et nous serions porté à opérer tout individu porteur d'une hernie probablement compliquée de cystocèle, sous réserve de certaines conditions d'âge et d'état général. » (Imbert.)

En présence d'un diagnostic ferme de hernie vésicale, la première indication touchant l'opération est en effet subordonnée à ces deux facteurs importants. Sauf urgence, on s'abstiendra donc chez les très vieux qui supportent mal le choc opératoire et les suites, chez les cachectiques, cardiaques avancés, éthyliques...

Les complications urinaires ne contre-indiquent pas absolument l'intervention ; mais là encore il faut choisir. Lorsque la cystocèle aggrave manifestement des lésions préexistantes, l'intervention est légitime et empêche la production d'accidents plus sérieux ; les cas sont nombreux dans lesquels elle a supprimé la fréquence des mictions, le ténesme, les hématuries et les douleurs. Mais si le rein présente des lésions étendues, « notamment la pyélonéphrite, si fréquente chez les urinaires » ; s'il s'agit de vieux prostatiques dont les troubles urinaires sont bien antérieurs à la cystocèle, qui n'est plus qu'un épiphénomène, il va sans dire que l'on devra s'abstenir.

Ces réserves faites, la formule de Delagenière devient rigoureusement applicable. « Toute hernie qui n'est pas indolore ou qui n'est pas facilement maintenue par un bandage doit être opérée sans retard. » Nous avons vu que les hernies vésicales ne réalisent presque jamais ces conditions ; il faudra donc intervenir dans tous les cas où la contre-indication n'est pas nette.

La règle formelle est encore d'intervenir toutes les fois que surviennent des phénomènes d'étranglement. Théoriquement, on pourrait attendre lorsque la cystocèle

est seule en cause ; mais nous avons vu qu'il n'est pratiquement pas possible de la différencier d'une entérocèle étranglée.

Traitement opératoire. — Lorsque l'examen aura pu aboutir à un diagnostic pré-opératoire précis, il sera toujours bon de pratiquer, avant l'intervention, de grands lavages de la vessie, qui mettront à l'abri de complications septiques toujours possibles.

Le meilleur liquide à employer dans ce but paraît être la solution de nitrate d'argent au millième (Guyon). Cette excellente précaution devient une impérieuse nécessité si les urines sont altérées, ammoniacales ou purulentes.

Monod et Delagenière avaient formulé les indications suivantes : 1° remédier à l'état de dilatation de la vessie ; 2° supprimer le lipome prévésical pour prévenir la récidive ; 3° fermer le péritoine et l'anneau. Appliquant à la lettre le premier terme de cette proposition, ils pratiquaient la résection systématique d'une portion plus ou moins étendue de l'organe hernié. Partant du même principe, Guelliot et Rabineau préconisent une excision plus large : celle de la totalité du diverticule herniaire ; leur procédé ne diffère que par les détails de la technique de Monod.

Beaucoup d'auteurs repoussent formellement cette pratique et n'en viennent à la résection que lorsqu'elle est inévitable. Imbert fait remarquer avec raison que « la distension de la vessie, lorsqu'elle existe, sera traitée par les moyens ordinaires, une fois l'organe en place, plus sûrement et à moins de frais que par une excision ». Delagenière est d'ailleurs revenu sur les conclusions de son premier travail ; l'expérience lui a démontré que « l'on

pourrait adopter comme règle générale de refouler et réduire simplement l'organe hernié ».

On ne voit pas bien, en effet, la nécessité de supprimer une portion restée saine de la paroi vésicale ; mais il est bien certain que cette résection devient légitime et nécessaire si le diverticule présente une zone de sphacèle au niveau de son pédicule, si les parois vésicales sont amincies à l'extrême, friables, si la cystocèle est très adhérente ou absolument irréductible.

Il faut donc être éclectique et ne pas adopter, *a priori*, une ligne de conduite immuable ; dans tous les cas où la paroi vésicale est intacte et la cystocèle décollable du sac et du lipome herniaire, la réduction demeure le procédé de choix ; la résection, partielle ou totale, du diverticule, vésical sera commandée par les altérations de la paroi ou les adhérences tenaces.

Ce point de doctrine éclairci, il nous reste à étudier sommairement *les temps de l'intervention ;* les deux derniers termes de la proposition de Monod et Delagenière se trouvent donc modifiés de la façon suivante : 1° Remettre la vessie en place, après résection partielle s'il est impossible de faire autrement ; 2° fermer le péritoine et l'anneau, l'excision du lipome devenant une manœuvre complémentaire (Imbert).

Les premiers temps opératoires ne diffèrent pas de ceux d'une cure radicale quelconque ; on sera seulement très prudent dans la recherche et la dissection du sac qu'on se gardera de confondre avec une cystocèle à parois minces. La difficulté ne commence qu'au moment où, le sac déjà pédiculisé, il s'agit d'isoler sa partie postéro-interne. Si le décollement se fait bien, on arrive facilement jusqu'au collet : ligature et réduction s'effectuent comme d'ordinaire. Si le sac est très adhérent, il est imprudent d'insister, la vessie serait presque fatalement

déchirée ; on ne peut faire autrement, dans ce cas, que « d'exciser du sac tout ce qui pourra en être séparé sans inconvénient, et l'on sera par conséquent obligé de laisser le péritoine ouvert » (Imbert.)

Le lipome est maintenant accessible : on s'appliquera à le réséquer très exactement. On arrive alors sur la cystocèle proprement dite. Selon le précepte d'Imbert, c'est le moment de tout mettre en œuvre pour assurer le diagnostic s'il est resté douteux : débridement large de l'anneau, au besoin hernio-laparotomie qui rendra la réduction d'autant plus facile.

La conduite à tenir lorsqu'on se trouve en présence de la vessie découle naturellement des conclusions que nous avons adoptées dans le parallèle de la réduction et de la résection : « l'idéal est de réduire la vessie sans la diviser ». Rien n'est souvent plus difficile ; il faut quelquefois décoller patiemment le péritoine pelvien et creuser une sorte de niche pour loger la vessie. (Lejars.)

Nous n'avons pas à revenir sur les conditions qui rendent la résection inévitable : adhérences et altérations de la paroi ; mais il nous reste à indiquer comment elle doit être exécutée. Le diverticule sera ouvert, d'un coup ou peu à peu — cela n'a pas d'importance — et la paroi réséquée jusqu'en tissu sain ; les bords de la plaie seront aussi nets que possible pour permettre une bonne suture réalisant l'herméticité de la vessie. Dans ce but, Lejars Imbert et Monod ont proposé la suture à trois plans qui dans de nombreux cas — comme le nôtre — a donné d'excellents résultats. D'autres auteurs pensent que la suture extra-muqueuse, sur deux plans : musculaire, celluleux, met plus sûrement à l'abri des fistules, « car la muqueuse adossée laisse moins filtrer l'urine que les points de suture à la soie » (Rivoire). Mais rien n'empêche d'employer le catgut si aisément résorbable. D'ailleurs, quel que soit

le procédé choisi, l'essentiel est de faire une suture soigneuse et bien finie.

Si la vessie a été blessée par mégarde, les mêmes principes sont applicables ; « cependant, dit Jaboulay, si les urines étaient purulentes et le sujet affaibli, on pourrait tout en fermant la plaie vésicale laisser la région blessée fixée à l'orifice inguinal ou crural ou même à son ancienne place, une fois réduite l'entérocèle concomitante ; les téguments resteraient ouverts en bas pour ne pas exposer aux dangers d'infiltration d'une urine altérée, si la suture venait à lâcher ».

Après réduction ou résection d'une cystocèle dont les parois et le contenu ne présentent aucune altération, l'opération sera terminée par la *fermeture de l'anneau et la reconstitution des plans abdominaux*, comme dans une cure d'entérocèle ; dans le cas contraire, il faudra toujours drainer la plaie opératoire pour prévenir les fistules urinaires.

La nécessité de la sonde à demeure pendant plusieurs jours est admise par tous les auteurs. Elle présente le double avantage de mettre la vessie au repos complet et de préserver la ligne de suture du contact prolongé de l'urine.

Dernière éventualité : la vessie a pu être blessée au cours d'une kélotomie et l'accident passer complètement inaperçu (Berger, Demoulin).

Ce n'est que quelques heures ou même quelques jours après l'intervention que l'erreur est décelée par l'hématurie ou la production d'une fistule. Il est bien établi, aujourd'hui, qu'il faut, en pareil cas, se garder d'intervenir ; tout au plus pourra-t-on, le jour même de l'opération, désunir la plaie pour y placer un drain ; plus tard, on devra se borner à favoriser par la propreté, l'oblitération spontanée de la fistule urinaire.

Observation première

(Personnelle)

Cystocèle inguinale parapéritonéale

Tapparo Antoine, 42 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 9 février 1908 dans le service de M. le professeur Imbert.

Antécédents héréditaires. — Père mort cardiaque à 54 ans ; mère bien portante. Cinq frères morts en bas âge, d'affections indéterminées. Une fille morte à 2 ans, d'entérite.

Antécédents personnels. — Très bonne santé habituelle. Bronchite aiguë à 19 ans ; blennorragie à 26 ans ; éthylisme.

Il y a quinze ans, développement, au niveau de l'orifice inguinal externe, d'une tuméfaction du volume d'une noisette, molle, indolente, réductible. Augmentation lente et progressive de volume, un peu de gêne, jamais de douleur. Cette tuméfaction cesse d'être réductible 10 ans après son début ; c'est alors qu'apparaît le symptôme suivant sur lequel le malade attire lui-même l'attention : la tumeur diminue de volume après la miction, augmente au contraire lorsqu'il s'écoule plusieurs heures entre deux mictions successives.

Actuellement, tumeur du volume du poing sur le trajet du canal inguinal, indolente, un peu tendue, mate et tout à fait irréductible ; absolument indépendante du testicule, n'est jamais descendue dans les bourses. Ne subit pas l'impulsion de l'effort.

Diagnostic : hernie de la vessie.

L'examen cystoscopique pratiqué le jour même dans d'excellentes conditions, montre une vessie très saine et ne permet pas de découvrir le diverticule présumé d'une cystocèle.

Opération le 11 février 1908. L'incision découvre un volumineux fibro-lipome pré-herniaire, très adhérent, de dissection pénible ; dissocié peu à peu, il laisse voir de nombreux points hémorragiques indiquant la présence probable de l'intestin ou de la vessie, au milieu d'adhérences serrées. Un dernier clivage amène, en effet, une petite déchirure par où s'échappe de l'urine ; l'ouverture de la vessie est aussitôt repérée, agrandie et régularisée, et la portion adhérente réséquée. Fermeture de la plaie vésicale par trois plans de suture enfouissants, et réduction dans l'abdomen.

Immédiatement en dehors de la vessie herniée, on trouve une hernie intestinale et un sac distincts, sac également adhérent en dedans au fibro-lipome pré-herniaire. Il est disséqué, lié et réduit. Après résection du lipome, le canal inguinal est fermé et la paroi reconstituée par deux plans de suture. Sonde à demeure dans la vessie.

Le résultat négatif de l'examen cystoscopique peut s'expliquer par la situation de la portion herniée qui, très basse et très voisine du col, a échappé comme normalement ce dernier, au champ de l'instrument.

Suites opératoires excellentes ; aucune élévation de température. Sutures cutanées enlevées au 8e jour : réunion primitive. Le malade urine spontanément.

Un nouvel examen cystoscopique, le 29 février 1908, ne permet pas d'apercevoir la cicatrice.

Observation II

(Personnelle)

Cystocèle crurale gauche, extra-péritonéale

Vidal Catherine, 33 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 janvier 1908.

Rien à retenir de ses antécédents héréditaires ; elle-même n'a jamais eu de maladie sérieuse. Au moment des règles, légères douleurs abdominales ; quelques pertes blanches par périodes.

Rien du côté de l'appareil urinaire.

Le 22 janvier 1908, elle s'est aperçue de l'apparition d'une tuméfaction du volume d'une noisette siégeant au niveau de l'anneau crural gauche ; elle serait survenue brusquement après un accès de toux. Aucune douleur, aucun trouble fonctionnel. Intriguée par la persistance de cette tumeur développée subitement, elle demande son admission à l'hôpital.

Examen. — Au niveau de l'anneau crural gauche, tuméfaction du volume d'une noisette, subissant très nettement l'impulsion de la toux. Très facilement réductible, le doigt pénètre à sa suite dans l'anneau crural ; pas de gargouillement au moment de la réduction. Matité absolue. Aucun trouble urinaire, aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée par la réduction.

Opération le 3 février 1908. Incision longitudinale de 8 centimètres environ sur le milieu de l'arcade crurale et perpendiculaire à elle. On découvre, immédiatement sous la peau un amas qui paraît être le sac herniaire ; après dissection, on incise ce sac, ou plutôt ce que l'on croit être le sac, situé au côté interne de l'anneau. L'incision con-

duit sur une paroi qui a l'aspect d'une muqueuse bien plus que d'une séreuse ; une sonde cannelée introduite dans l'ouverture se dirige nettement vers la vessie.

C'est la vessie qui a été incisée, ou plutôt un diverticule à parois très minces qui en imposait pour le sac. La boutonnière ainsi faite — 2 centimètres environ — est immédiatement suturée sur deux plans, au catgut fin, et la vessie est réduite dans l'abdomen. On termine par une cure radicale de hernie crurale par le procédé de Delagenière. Pas de drainage. Sonde à demeure dans la vessie.

Le soir même, la malade urine un peu de sang ; l'état général est bon. Le lendemain, le sang a disparu des urines ; état général excellent, aucune douleur. Ablation des griffes cutanées le 10 février et de la sonde le même jour. Réunion primitive, mictions spontanées, urines claires. La malade sort le 17, complètement guérie.

Observation III

(Lartail, in th. Rivoire)

H. R., 28 ans, plongeur, entre à la Conception, salle Saint-Eugène, numéro 11, le 18 septembre 1897, pour une hernie de la région inguinale droite.

Sa hernie, nous dit-il, date d'une dizaine d'années. Elle s'est développée peu à peu, envahissant la région scrotale, occasionnant de la gêne et des douleurs parfois assez vives. Le port d'un bandage est devenu impossible, et le malade réclame une intervention radicale. Rien à signaler dans les antécédents.

A l'examen, on trouve, au niveau de la région inguinale droite, une tumeur du volume d'un œuf de poule, difficilement et incomplètement réductible, mate à la percus-

sion. Pas de troubles intestinaux, ni vésicaux. Le diagnostic porté est celui d'épiplocèle adhérente.

Opération le 21 septembre. — Après incision de la peau et du tissu cellulaire, on tombe sur une masse graisseuse, adhérente à un sac charnu et épais. On ouvre au bistouri une paroi de 6 millimètres environ d'épaisseur, pour arriver dans une cavité d'où s'échappent quelques gouttes de liquide citrin.

Le doigt introduit dans la plaie passe entre les piliers de l'orifice inguinal et pénètre dans l'abdomen sans rencontrer d'anses intestinales. De plus, la cavité ainsi ouverte semble se diriger derrière le pubis. Un doute survient : serait-on dans la vessie ? une sonde introduite dans l'urèthre lève tous les doutes : le bec du cathéter vient buter contre le doigt introduit par la plaie abdominale : la vessie a été ouverte.

Immédiatement, on sépare par la dissection au bistouri la portion vésicale herniée du plan celluleux qui la recouvre et lui adhère intimément. Les bords mâchés et contus de l'incision vésicale, longue de trois centimètres, sont réséqués. On adosse les deux lèvres de la muqueuse et on applique une suture sur deux plans. Le premier plan réunit la tunique musculeuse sans toucher à la muqueuse, et le second, plus superficiel, intéresse le tissu celluleux.

On réduit dans l'abdomen la portion herniée et l'on fait la suture des piliers à la soie forte. Un drain est placé dans la plaie contre l'épine du pubis, afin d'assurer l'évacuation facile de l'urine dans le cas où l'un des points lâcherait. Suture de la peau au crin de Florence ; une sonde en gomme est placée à demeure dans la vessie.

Suites opératoires excellentes, apyrexie complète ; pas d'hématurie ; émission des urines facile et sans douleurs.

Trois jours après l'opération, on enlève le drain laissé

dans la plaie abdominale et le malade est débarrassé de sa sonde à demeure. On pratique encore pendant deux jours le cathétérisme toutes les six heures. La réunion se fait comme pour une cure radicale ordinaire et les fils superficiels sont enlevés huit jours après l'intervention ; la réunion est complète, la miction normale, pas de fistule urinaire. Le malade sort guéri le 5 octobre.

Ce malade a été revu dix mois après. La cure radicale s'était maintenue complète et le malade n'a jamais éprouvé aucun trouble vésical.

Observation IV

(Résumée)

(L. Imbert, Ann. gén. urin., 1896)

H., 60 ans. Il y a une vingtaine d'années, il s'est produit une hernie inguinale droite, d'emblée irréductible ; il y a dix ans, à la suite d'un effort, augmentation brusque ; depuis, accroissement lent et progressif. Fréquence des mictions depuis dix ans. Il y a sept ans, on aurait diagnostiqué un calcul vésical à l'hôpital Laënnec. Depuis six mois, hématurie légère, réveillée par la marche, augmentation de la fréquence des mictions avec douleurs à la fin et incontinence. Examen : tumeur inguinale droite du volume du poing, résistante, irréductible, opaque, nettement séparée du testicule. Diagnostic : hématocèle enkystée du cordon. L'exploration, avec un instrument en gomme, révèle l'existence d'un calcul, mais on ne peut introduire l'explorateur métallique. Ponction par laquelle on retire une faible quantité de liquide, d'odeur fétide, ne rappelant nullement l'urine ; la tumeur s'enflamme, infectée probablement par le liquide qu'on en a retiré. Mort de congestion pulmonaire double.

Autopsie. — Hernie de la vessie volumineuse ; la paroi, très épaissie, mesure jusqu'à trois centimètres, la cavité est remplie par une volumineuse pierre phosphatique, mesurant 6 à 7 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur ; une sonde en gomme, introduite par l'urèthre, pénètre facilement dans la hernie. Les deux reins sont atteints de pyélonéphrite très avancée ; les deux uretères sont très dilatés ; l'uretère droit plonge dans l'anneau inguinal et s'ouvre dans la partie herniée de la vessie. Le péritoine ne s'engage pas dans l'anneau. La vessie est contenue presque en entier dans la hernie et il n'existe plus qu'un canal faisant communiquer la partie herniée avec la portion membraneuse de l'urèthre ; la prostate est déformée, déviée et creusée d'un vaste abcès.

Observation V

(Résumée)

Jaboulay et Villard. *In* cystocèle inguinale (Imbert)

H., 70 ans. Hernie inguinale droite du volume d'une tête d'enfant. Par la compression de la tumeur on provoque l'issue de l'urine. Diagnostic : cystocèle.

Outre la vessie, on sent une masse grosse comme une orange qui est la prostate. Kélotomie. Réduction. Guérison. Hernie intra-péritonéale.

Observation VI

Gibson, *in Med. Record*

Homme, âgé de 53 ans, porteur d'une double hernie inguinale.

Opération de la cure radicale en juillet 1896. Au côté gauche, la vessie repose immédiatement au-dessous des

couches superficielles. Elle est prise pour le sac herniaire et ouverte. Elle est d'ailleurs reconnue aussitôt après l'incision et fermée avec des sutures au catgut. Comme on ne trouve pas de véritable sac herniaire, on pense à une hernie vésicale pure.

Le malade mourut trois jours après, et l'autopsie établit les faits suivants : A gauche, la plaie de la vessie avait laissé sourdre l'urine et, quoiqu'elle fût extra-péritonéale, l'urine avait pénétré dans la grande cavité séreuse en passant à travers un petit sac herniaire rudimentaire, situé tout contre la vessie, qu'on avait ouvert en même temps que cet organe et qui, n'ayant pas été reconnu, n'avait pu être suturé. La portion herniée de la vessie était d'épaisseur normale.

L'examen de la région inguinale droite, montra la présence d'un diverticule de la vessie en doigt de gant, d'épaisseur normale, accompagnée d'un petit sac herniaire.

CONCLUSIONS

La cystocèle, tout à fait exceptionnelle pendant l'enfance et la jeunesse, est une affection de l'âge adulte et de la vieillesse.

Les neuf dixièmes des cas se rencontrent dans le sexe masculin ; on trouve une cystocèle sur quatre-vingt-dix opérations de hernies.

Les hernies congénitales de la vessie sont rares, autant qu'on peut distinguer celles-ci des acquises, ce qui est presque impossible. Par sa situation élevée, la vessie de l'enfant échappe presque entièrement à cette affection.

Toutes les conditions qui gênent le cours de l'urine et, par suite, entraînent la dilatation de la vessie, sont autant de causes prédisposantes. L'effort résume toutes les causes efficientes.

Au point de vue anatomique et pathogénique, les hernies de la vessie présentent trois variétés qui sont, par ordre de fréquence :

1° La variété parapéritonéale, tantôt primitive, le plus souvent secondaire à une hernie intestinale.

2° La variété extrapéritonéale, ordinairement primitive.

3° La variété intrapéritonéale qui est exceptionnelle.

Deux faits dominent le mécanisme de production de la cystocèle : la dilatation de la vessie et le défaut de contractilité du muscle vésical. Le lipome herniaire, souvent

absent, n'a pas l'importance pathogénique prépondérante qu'on lui a attribuée.

C'est d'ordinaire par l'étude des signes physiques qu'on pourra reconnaître la véritable nature de la hernie.

Dans la plupart des cas, l'examen cystoscopique, avant et après l'intervention, ne donne pas de résultats.

La durée des hernies de la vessie est, pour ainsi dire indéfinie ; leur terminaison ne peut que coïncider avec l'intervention ou l'apparition de complications ; celles-ci sont rares.

Le diagnostic pré-opératoire peut être évident (variations du volume de la tumeur en rapport avec les mictions ; miction en deux temps ; distension de la hernie par injection uréthrale).

Le plus souvent, on peut seulement le soupçonner (irréductibilité ou réductibilité partielle avec persistance de tumeur pâteuse et molle à la partie interne de l'anneau ; troubles urinaires variés).

Dans bien des cas, il est impossible.

Pendant l'opération, l'attention sera éveillée avant tout par la difficulté de la dissection du sac à sa partie postéro-interne, son aspect jaunâtre et sa déchirure trop facile ; on pourra recourir à l'injection de la vessie. Si cette dernière est déchirée, l'écoulement d'urine et l'exploration directe lèveront tous les doutes.

Après l'opération, on reconnaîtra l'erreur à l'écoulement d'urines sanglantes, aux douleurs vives abdominales et vésicales, à la fistule urinaire consécutive.

Sauf complications urinaires, le pronostic est bénin ; celui des interventions est généralement bon avec retour presque intégral de la fonction.

Sauf contre-indications formelles (lésions rénales, ca-

chexie), la cystocèle est justiciable de la cure radicale ; le traitement par les bandages est inefficace.

La technique opératoire varie :

Si les parois de la vessie sont saines et les adhérences décollables, réduction simple de la hernie vésicale : procédé de choix.

Si les parois vésicales sont altérées, résection jusqu'en tissu sain et réduction après suture minutieuse, à trois plans : procédé de nécessité.

Fermer l'anneau et l'abdomen comme pour une entérocèle.

Drainer s'il y a eu écoulement d'urine dans la plaie.

La sonde à demeure pendant les jours qui suivent l'intervention est de rigueur.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 juillet 1909.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 19 juillet 1909.
Le Doyen,
MAIRET

BIBLIOGRAPHIE

Ane. — Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1890, Bd. XXXV, p. 351.

Aüe. — Centrabl. f. Chir., 1891, p. 248.

Abadie. — Soc. Anat., 1905, p. 617.

— Annales génito-urinaires, 1906, p. 1403.

Alessandri. — Hernies de la vessie avec aperçus sur la pathogénie. Ann. de Guyon, 1901, p. 25.

— Nouveau cas de hernie double de la vessie. Bull. della R. Acad. di Roma, 1905, p. 45.

Berger. — Traité de chirurgie Duplay-Reclus, T. VI.

Bourbon. — Thèse Paris, 1892.

Bovis. — Gaz. des Hôpitaux, 1897, n° 116.

Brindeau. — Société d'obstétrique, 24 janvier 1904.

Brünner. — Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie, 1898. B. XLVII, p. 121.

Bonomo. — Giornale med. del. R. Escre, juillet 1898.

Curtis. — Ann. of Surgery, juin 1895.

Chavanas. — Journal de médecine de Bordeaux. 27 septembre 1903.

Dechambre. — Dictionnaire.

De la Barrière. — Th. Paris, 1881.

Delagénière. — Soc. Anat., 1881.

— Arch. provinc. chirurgie, 1894.

De Larabrie. — Soc. Anat., 1881.

Delorme. — Soc. chirurgie, 1894.

Demoulin. — Union Médicale, 1895.
Duchaussoy. — Soc. Anat., 1883.
Duret. — Variétés rares des hernies ing. Thèse d'agrégation, Paris, 1883, p. 31.
Fargues. — Th. Nancy, 1897.
Fenger. — Trans. Amer. Surg. Assoc., 1895.
Fleizet. — Hernies inguinales de l'enfance.
Fraelich. — Revue médicale de l'Est, 1895.
Forgin-Fayol. — Th. Paris, 1902.
Forgue. — Précis path. chir.
Fondek. — Zeitsch. f. chirurgie. Bd. LII, 1899.
Gibson. — Medical Record, 20 mars 1897.
Guelliot. — Congrès français de Chirurgie, 1889.
Guépin. — Revue de chirurgie, 1893, p. 646.
Guinard. — Archiv. génér. de médecine, janvier 1896.
Guterbock. — Deutsche Zeitsch. fur chir., 1891, p. 346.
Gerulanos. — Deutsche Zeitsch. f. Chir., 1899.
Hedrich. — Gaz. méd. Strasbourg, 1890, janvier.
Israel. — Feichenfeld in Berlin. Klin. Woch., 1882.
Imbert. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, mai et juin 1896.
Jaboulay-Villard. — Hernies ing. et crurales de la vessie (Lyon Médical n° 9), 1895.
Jaboulay. — Art. Cystocèle *in* traité Le Dentu et Delbet, t. VII.
Justo. — Centralbl. f. Chirurgie, 1892, p. 798.
— Sur la curation radical de la hernia de la vijiga. Rev. Soc. méd. Argent. Buenos-Ayres, 1892.
Kablukow. — Centralbl. fur Chirurgie, 1895, p. 1063.
Kummer. — Revue méd. de la Suisse romande, 1892, p. 235.
Kronlein. — Arch. fur Chirurgie, 1876, p. 240.
Lawe. — Extra-péritonéal vésica hernia. The Lancet, 1894.

Lane. — *In* Revue Hayem, XLV, p. 244.
Lanz. — Berliner Klin. Wochenschr, nos 30-31, 1892.
Lardy. — Revue de Chirurgie, 1896, nos 1 et 2, p. 242.
Legrand. — Th. de Paris, 1896.
Lejars. — Revue de Chirurgie 1893.
Lambert. — Echo méd. du Nord, 1899.
Lambret. — Pathogénie des hernies de la vessie, Bulletin médical, 1899, p. 397.
Leroux. — Revue mensuelle, 1880.
Leroy-d'Eriolles. — Société de Chirurgie, 1862, p. 262.
Lucas-Championnière. — Cure radicale des hernies, 1892. — Congrès de Chirurgie, 1902.
Landouzy. — Soc. anat., 1876, p. 616.
Mac-Gowan. — Southern. Cal. Frac, 1895.
Mac-Ready. — The Lancet, 1894, t. I, p. 1186.
Marchant. — Soc. anat. 1875.
Mery. — Acad. des Sciences, 1713.
Maunz. — Un cas de hernie ing. de la vessie. Münch. Woch., p. 748.
Michels et Parker. — *In* Revue Hayem, XLV, p. 243.
Monod et Delagenière. — Revue de Chirurgie, 1889.
Monteguacco. — Assoc. médicale Lombarde, 1896, p. 90.
Morin. — Th. Paris, 1897.
Monary. — Cystocèle inguinale (Beitr. z. Klin. Chir., 1896. Bd XVII, p. 493.)
Nélaton. — Eléments de pathologie chirurgicale.
Ostermayer. — Semaine médicale 1894, p. 36.
Petit. — Acad. des Sciences, 1717.
Piedvache. — Soc. anat., 1861.
Piquet. — Th. Paris 1893.
Piot. — Th. Paris, 1903.
Pilz. — Wiener Klin. Woch., 1891, n° 19.
Poirier. — Traité d'anatomie.

Purgell. — *In* Revue Hayem, XLV, p. 241.

Rabineau. — Th. Paris, 1896.

Racovicéanu. — Pressa medicala Romana, n^{os} 8, 9, 10, 11, 12, 1902.

Raymond. — Soc. anat., 1894, p. 843.

Reverdin. — Rev. méd. Suisse romande, 1890, p. 698.

Reboul. — Soc. anat., 1887, p. 23.

Roche. — Hernie de la vessie inguino-scrotale (Ann. de Guyon, 1889, p. 15.)

Siegel. — Zur Casuistic des Beasenhernien. Inaugur. Dissert. Wurzburg, 1892.

Salitchef. — Analyse *in* Presse médicale, 12 février 1896.

Schoonen. — Revue de Chirurgie, 1893, p. 331.

Sorel. — Cystocèle crurale droite chez l'homme (Ann. Guyon, 1903.)

Thiriar. — Gazette hebdomadaire de méd. et chirurgie, 1890.

— Entretiens chirurgicaux de l'hôpital Saint-Jean, 1891.

Thompson. — Maladies des voies urinaires, 1881.

Trèves. — The Lancet, 1895.

Tailhefer. — Etranglement d'une cystocèle crurale (Congrès de Chirurgie, 1901, p. 583.

Tédenat. — Soc. de Chir. Paris, 20 mars 1907.

Verdier. — Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1753, t. IV.

Vincent. — Arch. prov. de chirurgie, 1898.

Werhoef. — Société belge de Chirurgie. Février et mars 1903.

— Annales des organes génito-urinaires, 1904, p. 75.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE LA VESSIE